

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

## Fortschritte und Neuerungen in der Hyperlipidämietherapie

*Journal für Kardiologie - Austrian*

*Journal of Cardiology 2002; 9*

(7-8)

Homepage:

[www.kup.at/kardiologie](http://www.kup.at/kardiologie)

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche



**ÖKG**  
Österreichische  
Kardiologische  
Gesellschaft

Offizielles  
Partnerjournal der ÖKG



EUROPEAN  
SOCIETY OF  
CARDIOLOGY®

Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des  
Österreichischen Herzfonds



**ACVC**  
Association for  
Acute CardioVascular Care

In Kooperation  
mit der ACVC

Indexed in ESCI  
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

**Datenschutz:**

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

**Lieferung:**

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

**Abbestellen:**

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

**Journal für Kardiologie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

## Fortschritte und Neuerungen in der Hyperlipidämietherapie

F. Rauscha

Im Rahmen des **XIV. Weltkongresses für Kardiologie**, der heuer im Mai in Sydney, Australien, veranstaltet wurde, fand ein **Satelliten-Symposium** mit dem Titel „*Identify the Patient, Achieve the Goal – Improving Current Dyslipidaemia Therapy*“ statt.

Unter dem Vorsitz von **Prof. Philip Barter** von der Universität Adelaide wurde der Nutzen der lipidsenkenden Therapie in der Primär- und Sekundärprävention der koronaren Herzkrankung aufgezeigt.

**Prof. Andrew Tonkin**, Direktor der National Heart Foundation of Australia und Professor am Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin der Monash-Universität in Melbourne, berichtete über die Ziele, die bei kombinierter Hyperlipidämie erreicht werden sollten. Große epidemiologische Studien, wie die Framingham-Studie und die Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), haben aufgezeigt, daß das Risiko der koronaren Herzkrankung mit der Erhöhung des Cholesterinspiegels ansteigt. Obwohl angenommen werden kann, daß der prinzipielle Risikofaktor das erhöhte LDL-Cholesterin ist, haben sich auch erniedrigte HDL-Cholesterinspiegel und erhöhte Triglyzeridwerte als unabhängige Risikofaktoren für die koronare Herzkrankung herausgestellt. Sowohl die West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS) als auch die Air Force/Texas Coronary Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS), welche die Wirkung von Pravastatin und Lovastatin untersuchten, zeigten eine eindeutige Evidenz des Nutzens der lipidsenkenden Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-

inhibitoren in der Primärprävention der KHK. Die Heart Protection Study (HPS) zeigte ebenfalls signifikante Hinweise für einen Vorteil von Simvastatin bei Personen mit einem hohen Risiko für eine KHK.

Obwohl in der klinischen Praxis die Sekundärprävention im Vordergrund steht, ist es notwendig, bei Hochrisikopatienten kardiale Folgeereignisse zu vermeiden.

In der Primärprävention ist es wesentlich, die Empfehlungen und Richtlinien der großen Interventionsstudien einzuhalten, zusätzlich ist aber auch eine Reduktion der anderen Risikofaktoren nötig. In den USA hat das National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) LDL-Cholesterinrichtwerte für Patienten ohne bekannte atherosklerotische Folgeerkrankungen angegeben, und zwar 130 mg/dl für Patienten mit zwei oder mehr Risikofaktoren und einem Zehnjahresrisiko für KHK  $\leq 20\%$  und 160 mg/dl für Patienten mit 0–1 Risikofaktor und einem Zehnjahresrisiko von  $< 10\%$ ; zusätzlich sollten HDL-Cholesterin  $> 40$  mg/dl und Triglyzeride  $< 200$  mg/dl betragen. Die erst vor kurzem veröffentlichten Guidelines der National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand empfehlen als Zielwerte für LDL-Cholesterin  $< 96$  mg/dl (2,5 mmol/l), für Gesamtcholesterin  $< 154$  mg/dl (4,0 mmol/l), für HDL-Cholesterin  $> 40$  mg/dl (1,0 mmol/l) und für die Triglyzeride  $< 180$  mg/dl (2,0 mmol/l). Trotz dieser Empfehlungen sind viele Patienten mit koronaren Risikofaktoren, bei denen LDL erhöht, HDL erniedrigt und Triglyzeridspiegel erhöht sind, wie es vor allem auch beim

metabolischen Syndrom und beim Diabetes mellitus vorkommt, noch zu wenig therapiert.

Für Patienten mit grenzwertig erhöhtem LDL-Cholesterin empfehlen alle Guidelines eine 3monatige Lebensstilumstellung mit diätetischen Maßnahmen. Sollten die Patienten das Ziel der LDL-Cholesterinsenkung nicht schaffen, sollte – je nach Risikoprofil – eine medikamentöse Therapie erwogen werden.

Eine optimale lipidsenkende Substanz für die Primärprävention der koronaren Herzerkrankung sollte jenes Medikament sein, das eine Wirkung auf alle drei Lipidfraktionen aufweist und das therapeutische Ziel rasch erreicht. Die besten belegbaren Daten hierfür haben die Statine. Für Rosuvastatin, einen neuen HMG-CoA-Reduktasehemmer, liegen die Ergebnisse von 5 randomisierten, doppelblinden Multicenter-Studien vor. 80 % der Patienten mit geringer bis mittelmäßiger Hyperlipidämie erreichten die Zielwerte der NCEP ATP III für LDL-Cholesterin innerhalb von 12 Wochen nach Therapiebeginn mit 10 mg Rosuvastatin/Tag.

Unter dem Titel „Optimal lipid management – better late than never“ zeigte **Prof. Leif Erhardt** vom Malmö University Hospital nochmals, daß eine Senkung des LDL-Cholesterins mit einer Reduktion der Mortalität bei Patienten mit manifester koronarer Herzerkrankung einhergeht. In der Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) führt eine Simvastatin-Medikation zu einer Reduktion der Gesamttodesfälle über 5 Jahre um 30 %, während die Cholesterol and Recurrent Events (CARE)-Studie eine 24%ige Abnahme in der Myokardinfarktinzidenz über 5,4 Jahre mit Pravastatin und die Long-term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID)-Studie eine Reduktion von 24–29 % von KHK-Mortalität und tödlichem Myokardinfarkt über 6 Jahre zeigte. Die neuesten Guidelines geben einen unteren Grenzwert für HDL-Cholesterin, das ebenfalls einen wichtigen Risikofaktor für die koronare Herzerkrankung darstellt, von 40 mg/dl im Gegensatz zur früheren Richtlinie von 35 mg/dl an. So zeigte auch die Helsinki Heart Study, die mit Gemfibrozil durchgeführt wurde, daß eine Reduktion der koronaren Ereignisse mit der Höhe des Anstiegs des HDL-Cholesterins einhergeht. Auch eine Subgruppenanalyse der 4S-Studie zeigte, daß Patienten mit erhöhten Triglyzeriden und LDL-Cholesterin und mit erniedrigtem HDL-Cholesterin ein größeres Risiko aufweisen als Patienten mit einer isolierten Erhöhung des LDL-Cholesterins. So sollte das Ziel in der Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung nicht nur in der Senkung des LDL-Cholesterinspiegels liegen, sondern auch in einer Erhö-

hung des HDL-Cholesterins. Die Daten von Studien mit 10 mg Rosuvastatin/Tag zeigten nach 12 Wochen Therapie, daß 60 % der Patienten in der Hochrisikogruppe die NCEP ATP III-Kriterien erreichten, verglichen mit 18,5 % der Patienten, die 10 mg Atorvastatin/Tag erhielten, 22,5 % der Patienten mit 20 mg Simvastatin/Tag und 5,3 % der Patienten mit 20 mg Pravastatin/Tag (alle Daten  $p < 0,001$  gegenüber Rosuvastatin). Die Sekundärprävention von Akutereignissen der Patienten mit koronarer Herzerkrankung bleibt weiterhin ein wesentliches Ziel, wobei die Ergebnisse von großen Interventionsstudien einen klaren Vorteil der Statintherapie in dieser Risikogruppe zeigen. Trotzdem erreichen viele Patienten die angestrebten Werte mit den bisher am Markt befindlichen HMG-CoA-Reduktaseinhibitoren nicht, sodaß die Verfügbarkeit von neuen und wirksameren Statinen es ermöglichen wird, die notwendigen Zielbereiche zu erreichen.

**Prof. Herbert Schuster** von der Humboldt-Universität in Berlin zeigte ebenfalls die Vorteile einer Rosuvastatin-Therapie bei Patienten mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie (HeFH). Von unbehandelten Männern mit HeFH haben 5 % schon mit 30 Jahren eine klinisch signifikante koronare Herzerkrankung, es kommt zu einem deutlichen Anstieg auf 50 % bei 50jährigen Patienten. Bisher war eine Kombinationstherapie von Statinen (vor allem 40–80 mg Atorvastatin) mit Resorptionshemmern oder mit Niacin erforderlich, jedoch ist hier die Compliance der Patienten aufgrund der Nebenwirkungen dieser Substanzen ein Problem. In einer Multicenter-Studie erhielten 435 Patienten Rosuvastatin und 187 Patienten Atorvastatin, beide Substanzen titriert auf 80 mg/Tag für 18 Wochen. Die Reduktion der Ausgangswerte von LDL-Cholesterin nach 6 Wochen war signifikant höher mit Rosuvastatin 20 mg als mit Atorvastatin 20 mg (–47 % vs. –38 %,  $p < 0,001$ ). Nach 18 Wochen betrug die Reduktion mit 80 mg Rosuvastatin –48 % im Vergleich zu –58 % mit 80 mg Atorvastatin ( $p < 0,001$ ). Zusätzlich kam es zu einer signifikanten Erhöhung des HDL-Cholesterins unter Rosuvastatin (12,4 % vs. 2,9 %;  $p < 0,001$ ). Die Nebenwirkungsrate war bei beiden Substanzen vergleichbar. Auch bei der HeFH ist daher die Verfügbarkeit von effektiveren Statinen zu begrüßen.

**Korrespondenzadresse:**

Ass.-Prof. Dr. med. Friedrich Rauscha  
Univ.-Klinik für Innere Medizin II  
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20  
E-Mail: [friedrich.rauscha@univie.ac.at](mailto:friedrich.rauscha@univie.ac.at)

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)